

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MAYRA RENATA NEIDES VIEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO USO DOS
BENZODIAZEPÍNICOS PELA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DR. PAULO CESAR MIRANDA MUNICÍPIO DE
ALVARENGA MINAS GERAIS**

Governador Valadares - MG

2020

Mayra Renata Neides Vieira

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO USO DOS
BENZODIAZEPÍNICOS PELA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DR. PAULO CESAR MIRANDA MUNICÍPIO DE
ALVARENGA MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Hugo André da
Rocha

Governador Valadares - MG

2020

Mayra Renata Neides Vieira

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO USO DOS
BENZODIAZEPÍNICOS PELA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DR. PAULO CESAR MIRANDA MUNICÍPIO DE
ALVARENGA MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Hugo André da Rocha

Banca examinadora

Professor Hugo André da Rocha, Ms., UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de abril de 2020

Aos meus pacientes, força motriz
essencial e motivação constante para este
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu mestre maior;

Ao meu tutor professor Hugo pela orientação;

À minha equipe de trabalho pela colaboração;

À minha família pelo enorme incentivo e compreensão e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Alvarenga é um município do interior, localizado no leste de Minas Gerais, na região do Vale do Rio Doce. O território urbano possui uma unidade de saúde mista que abriga a Estratégia Saúde da Família urbano e uma equipe de urgência e emergência. Através da observação ativa foi possível a identificação de vários problemas no território de abrangência. Considerando a urgência e a capacidade de enfrentamento no nível local, o problema priorizado no presente projeto de intervenção foi o uso abusivo de benzodiazepínicos pela população adscrita. Este trabalho tem por objetivo construir um plano de intervenção para controle do uso dos benzodiazepínicos na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda, município de Alvarenga, Minas Gerais. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e construção do plano de ação. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e PubMed. Assim foi proposto o desenvolvimento de ações conjuntas, coordenadas através de planejamento do processo de trabalho, campanhas, grupos de apoio e atendimento com a equipe multiprofissional e ação individualizada, voltada à conduta médica relacionada com a reavaliação de paciente em uso crônico do medicamento. Espera-se desse modo, que essas ações possam diminuir o abusivo de benzodiazepínicos na comunidade e, assim, contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população, que são aspectos norteadores da atenção básica.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Ansiolíticos. Dependência.

ABSTRACT

Alvarenga is an inland city, located in the eastern part of Minas Gerais, in the Rio Doce Valley region. Its urban territory has a mixed Primary Care Center, which houses the urban Family Health Strategy (ESF, in portuguese), and an emergency team. Through active observation it was possible to pinpoint many problems in the covered territory. Considering the urgency and the capability to face this in the local level, the issue that was prioritized in this intervention project was the abuse of benzodiazepines by the assisted population. The objective of this work is to make an intervention plan to control the use of benzodiazepines in the community in the area of coverage of the Dr. Paulo Cesar Miranda Primary Care Center, Alvarenga city. Situational Strategic Planning was used for a quick estimate of the observed issues, and for the definition of the prioritized issue, of critical knots, and the construction of the action plan. To base the intervention project elaboration a database search was conducted on Biblioteca Virtual de Saúde, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Scientific Eletronic Library Online and PubMed. Thus, the development of joint actions was proposed, coordinated through work process planning, campaigns, support groups and multi-professional team consultations, and individualized action, towards the medical conduct related to the reevaluation of the patient in chronic medication use. These actions are expected to reduce the abusive use of benzodiazepines in the community, and therefore contributing to health promotion and the quality of life of the population, which are the guiding aspects of primary healthcare.

Keywords: Benzodiazepines. Primary Health Care. Anxiolytic. Dependence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (nome), Unidade Básica de Saúde (nome), município de (nome), estado de (nome)	16
Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais.	31
Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais.	32
Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais.	33
Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais.	34
Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISDOCE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GABA	Ácido Gama Amino-Butírico
GABA-A	Receptor Acido Gama Amino-Butírico
HIPERDIA	Hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ISRS	Inibidores seletivos de recaptção de serotonina
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Urbano da Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Urbano	14
1.7 O dia a dia da equipe	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	16
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	27
6.1.1 Objetivo do plano de intervenção	29
6.2 Explicação do problema	29
6.3 Seleção dos nós críticos	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Alvarenga

Alvarenga é um município do interior, localizado no leste de Minas Gerais, na região do Vale do Rio Doce, fazendo limites com os municípios de Conselheiro Pena (do qual antes era distrito), Tarumirim, Pocrane e Inhapim; a aproximadamente 400 km de distância de Belo Horizonte. Emancipada em dezembro de 1962, atualmente com 58 anos, Alvarenga conta com uma área total de 278.173 km², 4.444 habitantes, segundo dados do Censo de 2010, sendo 2119 habitantes em área urbana e 2325 em área rural. Densidade demográfica é de 15.98 hab./km² (SOUZA, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município é de 0,592, que o classifica como baixo. Em relação aos demais municípios do Estado, Alvarenga encontra-se na 796ª posição, empatado com outros três municípios com o mesmo índice (Fronteira dos Vales, Juvenília, Nova Belém) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL, 2013).

Alvarenga está inserida no território que na era colonial foi denominado “Casa da Casca”, região que no limiar das Gerais se destacou pela descoberta de ouro pelo bandeirante paulista Antônio Rodrigues Arzão, no ano de 1693 em território posteriormente denominado distrito de Cuieté. Nessa época as terras pertenciam aos índios botocudos (SOUZA, 2013). Atualmente tem como base econômica a agropecuária e a principal fonte empregatícia urbana é a prestação de serviços, principalmente no setor público. É uma cidade de difícil acesso com estradas de chão nas divisas de Alvarenga com Pocrane e Inhapim. Na divisa com Tarumirim possui asfalto pouco cuidado, e a estrada é em sua totalidade dominada com curvas acentuadas, sendo um trecho bastante perigoso. Existem duas escolas, sendo uma estadual e outra municipal, mas é alarmante o número considerável de analfabetos.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais sendo a cidade administrada por um deles a cerca de 12 anos. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: toda ela se envolve e gira em torno do festival de férias anual e ainda preserva suas festas religiosas.

1.2 O sistema municipal de saúde do município de Alvarenga

O município conta com serviços privados como consultórios clínicos e odontológicos, mas cerca de 90% da população de Alvarenga é usuária exclusiva da assistência à saúde fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O território urbano possui uma Unidade de Saúde Mista que abriga a ESF urbano e uma equipe de urgência e emergência a fim de estabilizar o paciente para encaminhá-lo aos hospitais de referência.

Os serviços de especialidade são ofertados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE) e o paciente chega até eles por meio do transporte municipal.

Em caso de emergência, os pacientes são transportados para hospitais de referência no município de Governador Valadares. Devido ao fato de não haver unidade de pronto atendimento, nem hospitais, a Unidade Básica de Saúde (UBS) oferece atendimento 24 horas sob regime de plantão.

A interdisciplinaridade se consolida quando consideramos o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que conta com os seguintes profissionais: psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) está referenciado no município de Resplendor para encaminhamentos, mas existe uma lista de espera consideravelmente grande, dificultando o atendimento rápido aos alvarenguenses.

A análise laboratorial é feita em laboratórios particulares conveniados à Prefeitura que fazem a coleta de materiais uma única vez na semana. Exames de imagem para diagnóstico também não são realizados em Alvarenga, sendo os pacientes transportados até municípios vizinhos para a realização destes.

A rede de apoio à saúde como preconizada pelo SUS é extremamente importante. Mas a dificuldade se dá quando os pacientes não são contrarreferenciados, ou seja, os serviços de baixa, média e alta complexidade do SUS e particulares não conversam entre si gerando uma significativa perda no que diz respeito ao cuidado continuado.

1.3 Aspectos da comunidade

O território assistido pela Estratégia Saúde da Família Urbano abrange uma área de 0,3 km² e 48% da população total, onde a maior fonte de renda se dá pela prestação de serviços. Temos indivíduos, que fazem da cidade a “cidade dormitório”, saem cedo para o campo de onde tiram seu sustento e retornam à noite para a cidade onde tem residência fixa.

É na zona urbana que se encontra a sede administrativa (prefeitura, câmara municipal, secretarias), bancos, comércios, escolas. Quanto à infraestrutura, a cidade em sua maior parte encontra-se calçada, com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular e internet. No entanto, existe parte considerável da população com condições precárias de higiene e morando em locais inapropriados, “puxadinhos”, construídos sem nenhuma organização, criação de porcos e galinhas no próprio quintal, muito próximo das moradas, sem descarte de dejetos adequada.

Outro problema é a grande quantidade de entulhos nos quintais, que associada a uma equipe epidemiológica pouco preparada contribui para aumento de zoonoses, arboviroses entre outras doenças que podem em poucos dias se transformar numa epidemia.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda

A área física da Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda é constituída de uma recepção, sanitários para o público e outros dois para funcionários, uma sala de pré-consulta, dois consultórios médicos, uma sala de preventivo, uma sala de vacinação, um ambiente de observação com cadeiras reclináveis, uma sala de observação com três macas, armário de medicamentos orais e injetáveis, aparelho eletrocardiograma e Telessaúde, uma sala de procedimentos com uma maca, dois consultórios odontológicos, uma sala de esterilização, uma sala de reunião equipado com Datashow, uma sala de uso dos agentes comunitários de saúde(ACS), uma cozinha, uma lavanderia, almoxarifado.

Essa unidade é sede da ESF Urbano, Equipe de Emergência (24 horas) e por algumas vezes da semana a equipe da ESF Rural também está presente nesse local.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Urbano da Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda

A Equipe de Saúde da Família Urbano conta com uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Urbano

O Centro de Saúde funciona 24 horas com a equipe de emergência sob esquema de plantão de 12 horas. Nas mesmas imediações, está instalada a ESF que tem seu horário de funcionamento das 8:00 às 12:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas.

O processo de trabalho e as atribuições de cada profissional na UBS de Alvarenga são desorganizados e demandam investimentos no sentido de qualificar a atenção prestada.

Aos agentes comunitários de saúde falta capacitação e orientação com relação a abordagem durante a visita domiciliar. Muitos deles, apenas passam nas casas para receber assinatura de comprovação da visita, sendo que, dificilmente há um trabalho de promoção a saúde, com orientações, compartilhamento de ideias e escuta ao paciente.

O cronograma da enfermagem distribui a carga horária em realização de preventivo, testes rápidos, digitação de e-sus, e visitas domiciliares.

1.7 O dia a dia da equipe

O acolhimento na pré-consulta é feito pela enfermeira da equipe de emergência. Nota-se um descaso por parte da coordenação da Unidade de Saúde em manter consulta dos grupos de puericultura, Hiperdia e de agendamento no

geral, sendo que 80 a 90% das consultas são condições agudas. A coordenação da UBS dá pouca importância aos agendamentos, desestimulando estes e priorizando a demanda espontânea, pressionando para que se aumente o número de consultas médicas em demanda espontânea sem se preocupar com a qualidade, cuidado continuado e atenção primária. Subentende-se que querem ser beneficiados com um profissional médico pago pelas contas da União, sem gastos diretos municipais, mas que cumpra um papel assistencialista, proposto por eles, fragmentado, hospitalocêntrico, centrado no processo curativo, que se abstenha de cumprir os programas, metas e normas da atenção primária. Que esteja no local para atendimento como se fosse em uma unidade de pronto-atendimento sem se preocupar em realmente cumprir com os papéis da atenção primária em trabalhos de promoção, prevenção, cuidado continuado.

A resistência por parte da coordenação em se adequar aos programas e normas da atenção primária é grande e, portanto, o médico da ESF fica responsável pelo atendimento de todas as emergências locais, e do que se considera consulta do dia, em detrimento a dispensar tempo de trabalho com agendamentos, grupos de Hipertensão, puericultura, doenças crônicas. As doenças crônicas, por exemplo, são abordadas apenas quando o paciente apresenta descompensação da sua doença de base; pois assim, a doença agudizou e agora é demanda espontânea ou emergência.

O médico da ESF quase nunca participa das reuniões com a equipe porque a coordenação considera “tempo perdido”. Algumas horas gastas em uma reunião de equipe ou com um grupo específico, significa, para administração local, menor número de consultas médicas naquele dia e isso é prejuízo para política local. Portanto, o médico da ESF atua atendendo pré-natal de risco habitual às terças pela manhã e nos demais dias os atendimentos são voltados para demanda espontânea, doenças agudizadas, emergências, suturas e quando se cogita a possibilidade de mudar o processo de trabalho visando implantar de fato diretrizes da atenção primária, o médico é repreendido.

Conclui-se, portanto, que a ESF Urbano existe bem descrita no papel, contudo, sua prática não condiz ao preconizado para a atenção na Estratégia Saúde da Família.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os principais problemas listados pela equipe de Estratégia de Saúde da Família Urbano em estimativa rápida foram: desorganização do processo de trabalho, alto índice de analfabetos, dificuldade na obtenção de exames diagnósticos, modelo de saúde fragmentado, condições de habitação inadequada, tabagismo, higienização precária, descarte inadequado de esgoto, acúmulo de lixo nos lotes, risco de proliferação de arboviroses, alcoolismo, falta do grupo de Hipertensão, uso equivocado de medicações por pacientes hipertensos, diabéticos e idosos, falta de espaço na agenda para consultas de puericultura, uso abusivo de benzodiazepínicos.

1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção

A priorização dos problemas refere-se a identificar quais problemas são mais urgentes de possíveis intervenções na Unidade de Saúde e tem sua importância devido a sua capacidade de enfrentamento, ou seja, se a Unidade e a equipe são capazes de intervir positivamente nos problemas. Dessa forma, foi elaborado o quadro abaixo, abordando a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Urbano, Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda, município de Alvarenga, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Uso abusivo de benzodiazepínicos	Alta	4	Parcial	1
Tabagismo	Alta	2	Parcial	2
Ausência de Hipertensão	Média	2	Total	3
Ausência de Puericultura	Média	2	Total	4

Uso equivocado de medicações	Alta	2	Parcial	5
Desorganização do processo de trabalho	Alta	2	Parcial	6
Dificuldade de obtenção de métodos diagnósticos	Alta	2	Nenhuma	7
Modelo de saúde fragmentado	Alta	2	Parcial	8
Habitação inadequada	Média	2	Nenhuma	9
Descarte inadequado do esgoto	Alta	2	Nenhuma	10
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	2	Parcial	11
Alcoolismo	Alta	2	Parcial	12
Risco de proliferação de arboviroses	Alta	2	Parcial	13
Analfabetismo	Média	2	Nenhuma	14

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A realização da análise situacional, permitiu avaliar as principais características epidemiológicas da população que vive no território da UBS Dr. Paulo Cesar Miranda em Alvarenga/MG, permitindo o levantamento dos principais problemas que afetam sua população. Como resultado, a equipe encontrou vários problemas, sendo então necessário priorizá-los e criar um plano de intervenção para cada um. Assim o método de estimativa rápida participativa é uma ferramenta útil para se conhecer as condições de vida da população e a forma como se distribui. O método facilita a identificação das necessidades de saúde ficando evidentes os problemas que afetam os usuários. Assim, identificados os problemas, na sua aplicação deve-se categorizá-los como intermediários ou terminais, sendo estes os vivenciados diretamente pelos usuários da organização estudada (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A apresentação gráfica acima mostra, portanto, os problemas apontados, seu grau de significância e a capacidade de enfrentamento do ponto de vista, unicamente, da equipe.

O problema priorizado foi o uso abusivo de benzodiazepínicos pelos seguintes motivos: primeiro, por ser recorrente; segundo, por ser de alta importância em termos de saúde pública, tanto em âmbito global como em âmbito local, considerando-se efeitos no organismo do indivíduo como tolerância, dependência e déficit cognitivo; terceiro, porque a equipe considera ter capacidade de enfrentamento podendo abordar, amenizar e quiçá solucionar o problema.

2 JUSTIFICATIVA

Já em meus primeiros dias como médica na Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda no município de Alvarenga pude perceber a prevalência no uso de benzodiazepínicos pela população local, principalmente pelos moradores em zona urbana, território no qual atua minha equipe. Era frequente e alto o número de pacientes que comparecia diariamente a UBS solicitando renovação de receita de um dos medicamentos da classe já citada.

O uso prolongado inadvertido de benzodiazepínicos pode trazer muitos malefícios à saúde e o desconhecimento das consequências contribui diretamente para o aumento da automedicação (CASTRO et al., 2013). Os ansiolíticos possuem elevada eficácia terapêutica quando acertadamente prescritos dentro de critérios bem estabelecidos, mas seu uso de forma indiscriminada pode causar tolerância, dependência e déficit cognitivo (ORLANDI; NOTO, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir um plano de intervenção para controle do uso dos benzodiazepínicos na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Cesar Miranda, município de Alvarenga, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Detalhar o conceito e a indicação terapêutica dos benzodiazepínicos;
- Caracterizar os principais benzodiazepínicos utilizados atualmente;
- Propor alternativas e recursos para ajudar as pessoas na melhoria de seus problemas e angústias, que não estejam relacionadas ao uso direto de benzodiazepínicos;
- Prevenir complicações como perda da memória e prejuízo da capacidade cognitiva com o uso crônico desenfreado desse tipo de medicamento;
- Promover espaços acolhedores, que favoreçam a escuta e apoio mútuo.

4 METODOLOGIA

O presente estudo visa propor um plano de intervenção que será desenvolvido no ESF Urbano na Unidade Básica de Saúde de Alvarenga.

Para elaboração do plano de intervenção, em um primeiro momento foi feita uma análise situacional por meio do método de estimativa rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) em que foram identificados pela Equipe de Saúde da Família as necessidades e problemas prioritários da população. Foram levantados dados do SIAB, DATASUS, e-SUS, Plano de Gestão Municipal, IBGE e percepção da própria equipe em relação aos problemas identificados, e ainda, foram realizadas entrevistas aos informantes chave. A equipe considerou a importância do problema, sua urgência, e a própria capacidade para enfrentá-lo.

Determinado o problema a ser abordado, a saber, uso abusivo de benzodiazepínicos por pacientes da UBS de Alvarenga, foi realizado um estudo de revisão literária sobre benzodiazepínicos, e relatos de caso de enfrentamento desse mesmo problema em outras unidades de saúde. A revisão de literatura utilizou as bases eletrônicas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual NESCON e PubMed. A busca considerou artigos científicos publicados em periódicos eletrônicos no período de 2010 a 2019. Os descritores utilizados foram: benzodiazepínicos, uso abusivo de psicotrópicos, atenção primária à saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os Benzodiazepínicos (BZD) são agentes sedativos-hipnóticos que estão em uso clínico desde a década de 1960. O primeiro benzodiazepínico, clordiazepóxido, foi descoberto por acaso em 1954 pelo cientista Leo Sternbach. Esses medicamentos contêm em sua base orgânica um anel benzeno e uma porção diazepina de sete membros, que dá nome à toda classe, e possuem também, várias cadeias laterais que vão determinar a potência, duração da ação, atividade metabólica e taxa de eliminação de agentes específicos (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2005; PALHARES et al., 2013; MENDES; SOUSA; CUNHA, 2017).

O ácido gama amino-butírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central e os BZDs exercem seu efeito modulando o receptor deste ácido gama amino-butírico (GABA-A). O mecanismo de ação do BZD se dá quando ele se liga nas interfaces das subunidades alfa e gama do receptor GABA mudando sua conformação de forma que aumente sua afinidade entre receptor (GABA-A) e neurotransmissor (GABA). Essa ligação aumenta o fluxo de íons cloreto causando hiperpolarização pós-sináptica e menor capacidade de iniciar um potencial de ação. Portanto, os BZDs não modificam a síntese, liberação, ou metabolismo de GABA. Suas ações consistem em potencializar a ligação receptor/neurotransmissor consequentemente aumentando efeitos inibitórios sobre o sistema nervoso central (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2005).

As propriedades ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e miorelaxante fizeram com que os BZDs se tornassem amplamente prescritos tanto em monoterapia quanto em terapia conjunta nos tratamentos de ansiedade, insônia, depressão, transtornos do humor e distúrbios psiquiátricos (MENDES; SOUSA; CUNHA, 2017). No entanto, percebe-se também o aumento da prescrição dessas medicações para problemas do cotidiano ou em processos naturais da vida; fenômeno chamado pelos especialistas de medicalização da vida, em que as situações de desvios da normalidade ou de normas sociais como por exemplo nervosismo ao se submeter ao exame para obtenção de carteira de habilitação, necessidade de mascarar as dificuldades de problemas enfrentados, lidar com envelhecimento, passam a ser considerados como problemas médicos passíveis de

tratamento (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019, MENDES; SOUSA; CUNHA, 2017).

Aparentemente as dificuldades, do ponto de vista da população, não são mais passíveis de serem transpostas, sem algum medicamento para ajudar (SILVA et al., 2015). Para além disso, verifica-se ainda que muitos pacientes têm acesso a essa medicação de forma irregular em casos de automedicação, e ainda aqueles que de forma inapropriada aumentam a dose terapêutica por conta própria (CASTRO, 2013, FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019; ORLANDI; NOTO, 2005).

Indiferente do motivo pelo qual é prescrito, sabe-se que o uso crônico de benzodiazepínicos pode causar dependência física, déficit cognitivo, sedação excessiva, alteração motora, tolerância e dependência (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019), tornando-se cada vez mais importante seu uso mais discriminado e somente quando estritamente e absolutamente necessário (CASTRO et al., 2013; NUNES; BASTOS, 2016).

Os principais efeitos colaterais elencados ao uso abusivo e indiscriminado dos benzodiazepínicos estão relacionados ao seu mecanismo de ação junto a potencialização dos estímulos inibitórios frente aos excitatórios no sistema nervoso central (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2005). Os principais efeitos danosos relacionados estão ligados ao uso a médio e longo prazo, sem orientação e acompanhamento médico, que pode levar o indivíduo a desenvolver tolerância, necessitando de doses cada vez maiores para obter os efeitos desejados iguais aos presentes no início do uso; associado a esta situação está também a questão da dependência química da medicação propriamente dita, associada diretamente a quadros de síndrome de abstinência na suspensão abrupta e não acompanhada da medicação (CASTRO et al., 2013; TELLES FILHO et al., 2011). Seguindo nesse mesmo ritmo, no uso a médio e longo prazo, observa-se também aumento potencial do risco de perda de memória e comprometimento da capacidade cognitiva (TELLES FILHO et al., 2011).

Dessa forma, verifica-se a magnitude do problema com uso dessas substâncias aparentemente inofensivas ao olhar das pessoas em seu dia a dia. Além disso podemos também citar os efeitos colaterais sintomáticos mais comuns que, independentemente da idade, podem afetar os indivíduos. Seu uso pode

ocasionar sonolência diurna, amnésia e falta de coordenação motora (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2005).

Ainda relacionado aos efeitos colaterais, como foi visto, o aumento do uso é proporcional ao aumento da idade. O grupo dos idosos são os que mais fazem uso dos benzodiazepínicos. Faz-se, portanto, um alerta importante. É sabido que há uma diminuição fisiológica da capacidade/velocidade do metabolismo do idoso, o que aumentam as chances e riscos de desenvolvimento de intoxicação pelo medicamento. Além disso, tem a questão do equilíbrio, que já é prejudicada na pessoa idosa e pode ser agravada com uso dessas substâncias, acarretando maior risco de queda com consequentes fraturas nesse grupo de risco, sem contar ainda o perigo de traumatismo craniano decorrente de queda em idosos, que podem com facilidade levar o indivíduo à morte ou a sequelas motoras e cognitivas graves (HUF; LOPES, 2000; TELLES FILHO et al.,2011).

No Brasil, segundo Fegadolli, Varela e Carlini (2019), a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos é emitida nos serviços de atenção primária. E a distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem maiores medidas de controle, acaba por permitir uma facilidade ao acesso contribuindo para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica.(TELLES FILHO et al.,2011)

[...] A Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da Atenção Básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade (FARIA et al., 2017, p. 19).

Neste contexto, a ESF é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Sabendo-se da necessidade de um maior controle do uso desses medicamentos é importante que seja seguido o caminho do uso racional e técnico dos benzodiazepínicos através de triagens médicas, reclassificação quanto a necessidade de uso; objetivando avaliar e medir o risco/benefício do seu uso, ponderando a prescrição e tempo terapêutico. O uso em grupos de risco como crianças, gestantes e idosos deve preencher critérios e somente quando os benefícios superarem os riscos, a ponto de evitar iatrogenias (BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010; CASTRO et al., 2013).

A determinação do perfil dos usuários de benzodiazepínicos é de suma importância para estudo epidemiológico e para proposta de intervenção adequada.

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos a idosos e as mulheres utilizam benzodiazepínicos em uma proporção duas vezes maior que os homens(HUF; LOPES, 2000).

[...] Algumas características destes usuários já estão bem documentadas: o sexo feminino e o aumento da idade são fatores de risco já bem estabelecidos não apenas para o uso de benzodiazepínicos, mas também para o uso prolongado de benzodiazepínicos. Ainda entre as variáveis sócio-demográficas, os baixos níveis de renda e escolaridade foram apontados em alguns estudos e, entre os problemas de saúde, a presença de insônia e queixas ósteoarticulares, músculoesqueléticas e gastrintestinais têm sido associadas ao uso prolongado de benzodiazepínicos. No entanto, algumas características relacionadas ao estado geral de saúde ainda não foram investigadas quanto à relação com o uso prolongado de benzodiazepínicos. (HUF; LOPES, 2000, p. 352)

Além destes, fala-se também do uso de BZD entre jovens principalmente passando pela fase de vida acadêmica em uso para fins não terapêuticos e uma maior prevalência do consumo com objetivo ansiolítico em trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o consequente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas (CASTRO et al.,2013; TELLES FILHO et al.,2011)

As diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) de Psiquiatria e de Neurologia recomendam a psicoeducação, psicoterapia e terapia cognitiva promovendo uma abordagem ativa junto ao paciente usuário de benzodiazepínicos no intuito de desmame da medicação (PALHARES et al., 2013).

Na maioria das vezes essas medicações não têm ação direta sobre a doença em si, mas sim sobre seus sintomas. Com isso é de fundamental importância essa conscientização do usuário, através de terapia cognitivo-comportamental, de que o mais importante para ele é buscar diagnosticar e tratar a causa de base dos seus sintomas, sua doença mãe, que terá potencial resolutivo muito maior e, sem sombra de dúvidas, com benefício muito maior do que os riscos sujeitos com uso crônico da substância em questão de forma exacerbada e irracional. Dessa forma, desprescrever torna-se uma ferramenta importante, e refere-se ao processo de retirada de medicamentos, de forma supervisionada pelo profissional médico, com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar resultados (POTIE et al., 2018; ORLANDI; NOTO, 2005).

Nunes e Bastos (2016) citam que a retirada dos BZD deve ocorrer de forma processual, podendo levar de 6 a 8 semanas. As autoras destacam cinco etapas neste percurso, quais sejam:

- 1-Avaliação de sinais e sintomas de tolerância ou dependência;
- 2-Iniciar desmame gradual da medicação;
- 3-Redução de 25% da dose por semana, associando com algum antidepressivo, juntamente com acompanhamento psicossocial;
- 4-Avaliação de sinais e sintomas de abstinência;
- 5-Reavaliar o paciente, reconsiderando o diagnóstico com nova proposta terapêutica (NUNES; BASTOS, 2016, p. 9).

Nesse sentido, cabe destacar o potencial da ESF para atuar nesse tipo de intervenção. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 são diretrizes da APS: população adscrita, cuidado centrado na pessoa e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017). Sendo assim, a ESF possui os atributos necessários para realizar o acompanhamento e tratamento dos pacientes em uso crônico e/ou abusivo de benzodiazepínicos.

6 PLANODE INTERVENÇÃO

A crescente utilização de medicamentos, inclusive psicotrópicos, devido à medicalização da sociedade, às pressões mercadológicas da indústria farmacêutica e ao envelhecimento da população, promove a utilização inadequada de medicamentos.

Essa utilização incorreta provoca dependência, tolerância, perda de memória e deterioração da capacidade cognitiva. Estas condições podem aumentar ainda mais o estresse, ansiedade, frustração e conseqüentemente piora dos sintomas, exacerbação das doses terapêuticas em busca de melhora clínica gerando um ciclo vicioso com aumento dos problemas e não a solução deles; deixando clara a necessidade de intervenção.

6.1 Descrição do problema selecionado

Já em meus primeiros dias como médica na unidade de saúde básica (UBS) dr. Paulo no município de Alvarenga pude perceber a prevalência no uso de benzodiazepínicos pela população local, principalmente pelos moradores em zona urbana, território no qual atua minha equipe. Era frequente e alto o número de pacientes que comparecia diariamente a UBS solicitando renovação de receita de um dos medicamentos da classe já citada. Alguns passavam em consulta médica, mas na grande maioria das vezes, o recepcionista mesmo anotava o nome da medicação e posologia e no fim dos atendimentos do dia solicitava ao médico a renovação da receita, sem prévia avaliação do paciente, dizendo que já era medicação de uso contínuo do indivíduo.

Em processo de apuração, utilizando o método de estimativa rápida, notei que numa área com aproximadamente 2.760 pessoas cadastradas apenas 35 possuem diagnóstico declarado como portador de doença com agravo a saúde mental. Apesar de alguns indivíduos não informarem sua situação, ou o agente comunitário de saúde (ACS) não fazer registro completo das informações, ainda se pode dizer que há uma inconsistência de dados, tendo em vista que, por dia são solicitados, em média, três prescrições (receita azul) e cada uma com dispensação para 60 dias.

Isso fez com que chegássemos a algumas conclusões: não há dúvida quanto ao uso abusivo dos benzodiazepínicos. Muitos pacientes iniciaram uso da medicação sem possuir nenhum dos critérios de elegibilidade e o fizeram apenas por indicação de algum conhecido, favorecido pela facilidade de obtenção da receita, mesmo sendo uma droga psicotrópica; pacientes usam a medicação por tempo prolongado, sem haver reavaliação médica adequada, da necessidade da continuidade, tornando-os susceptíveis aos efeitos danosos já descritos anteriormente.

Através das minhas avaliações notei algumas semelhanças entre os pacientes que recorriam a UBS em busca de uma receita de benzodiazepínicos; quando indagados o motivo que o levou a tomar a medicação, as respostas giravam em torno de traumas do cotidiano, ansiedade, cansaço exagerado, sono perturbado, comportamento individualista, problemas familiares e de convivência, tristeza, sobrecarga de trabalho, estresse físico e emocional, isolamento social; condições onde a conduta mais apropriada seria terapia e acompanhamento psicológico com o alvo de fortalecimento emocional e construção métodos que promovam capacitação de o próprio indivíduo aprender a lidar com situações adversas e talvez, conforme necessidade, outra opção plausível seja os antidepressivos ISRS. Mendes, Sousa e Cunha (2017) ilustram bem essa situação com a expressão “medicalização da vida”, tendência que se observa na sociedade contemporânea que, a cada vez mais, vê na medicalização uma forma de solução para os conflitos emocionais, pessoais e psíquicos, ante a própria capacidade humana de enfrentar as adversidades e dificuldades da vida. Parece que as dificuldades, do ponto de vista da população, não são mais passíveis de serem transpostas, sem algum medicamento para ajudar (SILVA et al., 2015).

O fato é que o uso inadvertido de benzodiazepínicos pode trazer muitos malefícios a saúde e o desconhecimento das consequências contribui diretamente para o aumento da automedicação. Dessa forma, é necessário construir um plano de intervenção para que haja conscientização e racionalização do uso destes. Indicação médica adequada é inegociável.

6.1.1 Objetivo do plano de intervenção

O intuito não é ter concepção proibitiva, mas inibir excessos, diminuir tempo terapêutico, reavaliar indicação, propor outros métodos de abordagem aos problemas pessoais e angústias, tendo como objetivo, além de diminuir o uso indiscriminado e sem real necessidade de BZD, prevenir também complicações como perda da memória e prejuízo da capacidade cognitiva causado pelo uso crônico e desenfreado desse tipo de medicamento.

Para isso, medidas expositivas e informativas devem ser adotadas, tanto no coletivo, quanto no individual, no intuito de educar e ensinar de forma escrita e falada, em palestras, em consultas sempre orientando sobre riscos de automedicação e alteração de dose sem orientação médica, incentivando a descontinuação de tais práticas, para que o paciente não erre no seu próprio tratamento. Nesse contexto, seria importante melhorar a relação médico-paciente com o objetivo de se extinguir o hábito de renovação/transcrição de receitas sem um uso racional bem estabelecido e fundamentado.

Claro que isso não é regra e nem todo profissional de saúde deve ser crucificado pelo problema em questão, que é de escala global, não sendo restrito à nossa realidade. Mas não se deve minorar e nem nos eximir a parcela de contribuição dos envolvidos. Pelo contrário, cada qual colaborando de maneira responsável em busca de melhorias, o resultado final será bastante satisfatório. O médico deve, portanto, atuar como agente e desconstrutor de falsas crenças e falsas ideias que o paciente possa ter. Uma conversa esclarecedora e empática nesse momento pode evitar que por necessidade psicológica um paciente possa se tornar um verdadeiro dependente químico.

6.2 Explicação do problema selecionado

Elevado número de solicitações de renovação de receitas de benzodiazepínicos.

Queixas frequentes de ansiedade e insônia.

Banalização do uso de benzodiazepínicos

6.3 Seleção dos nós críticos

Como nós críticos selecionamos as situações relacionadas com o problema priorizado (uso excessivo de benzodiazepínicos) sobre as quais a equipe teria possibilidade de ação mais direta e que, uma vez abordadas, gerariam impacto importante sobre o problema escolhido, resolvendo-o ou minimizando-o. Essas situações são listas a seguir,

- Dificuldade de lidar com situações problemas do cotidiano,
- Pouca informação e desconhecimento por parte dos usuários de benzodiazepínicos sobre efeitos da medicação.
- Avaliação e acompanhamento insatisfatório do paciente que faz uso de benzodiazepínicos.
- Estrutura dos serviços desordenados e processo de trabalho inadequado.
- Falta de diálogo intersetorial e entre a equipe de ESF e as especialidades

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

Os passos do sexto ao décimo, são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 -Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Paulo Cesar Miranda, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Dificuldades de lidar com situações problemas do cotidiano
operação (operações)	Realizar consultas médicas sendo bom ouvinte. Lançar mão de acompanhamento psicológico, e terapia ocupacional. Criar grupos para compartilhamento de experiências e encorajamento pessoal. Uso de fitoterápicos e antidepressivos ISRS.
Projeto	Cuidando da Saúde Mental
resultados esperados	Cidadãos mais encorajados. Mais motivados a enfrentar as lutas do dia a dia. Melhora da autoestima. Aumento da prática de atividades de lazer e esporte.
produtos esperados	Pacientes lidando com suas situações sem uso de benzodiazepínicos. Adequação do uso de benzodiazepínicos e das doses terapêuticas.
recursos necessários	Estrutural: aproveitamento de espaço da unidade de saúde Cognitivo: interação, participação popular Financeiro: compra de medicações fitoterápicas. Político: liberação por parte da coordenação para consultas agendadas periódicas de Saúde Mental.
viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: interação, participação popular Financeiro: compra de medicações fitoterápicas Político: liberação por parte da coordenação para consultas agendadas periódicas de Saúde Mental.
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Pacientes, ACSs (motivação indiferente) /Gestão(motivação desfavorável)/ Coordenação e Enfermeira Chefe(motivação desfavorável) Apresentação do Projeto para viabilidade econômica. Elucidação sobre atenção básica. Campanhas para incentivo a participação dos programas oferecidos.
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, Enfermeiro, Educador Físico, Psicóloga 3 meses
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Consulta médica periódica para melhor remanejamento do tratamento. Criação de grupos coletivos

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Paulo Cesar Miranda, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Desconhecimento da população sobre efeitos da medicação
operação (operações)	Organizar palestras abordando os efeitos crônicos do uso de benzodiazepínicos. Produzir cartilhas contendo informações do risco do uso indevido de benzodiazepínicos. Desconstruir ideias de dependência psicológica do uso de psicotrópicos.
Projeto	Trazendo informação
resultados esperados	Esclarecimentos sobre medicações psicotrópicas, efeitos colaterais de seu uso crônico e indevido para que, ciente disso, os pacientes tenham atitude de abandonar uso indiscriminado das medicações.
produtos esperados	População consciente sobre problemas advindos do uso abusivo de benzodiazepínicos e conseqüentemente diminuição do uso sem orientação médica e dependência a medicação
recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema Organizacional: sala para palestras Econômico: para aquisição de recursos audiovisuais, panfletos educativos. Político: mobilização social e intersetorial. Espaço na radio local para educação em Saúde mental.
viabilidade do plano - recursos críticos	Econômico: para aquisição de recursos audiovisuais, panfletos educativos. Político: mobilização social e intersetorial. Espaço na rádio local para educação em Saúde mental.
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gestão Municipal (indiferente) Coordenação da ATB, NASF, Diretor da Rádio (indiferente) Apresentação do plano para orçamento. Apresentação do plano para aceitação. Esclarecimento do tema.
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	ACS, Médico, Enfermeira, Recepção da unidade de saúde 6 meses
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Distribuir cartilhas. Blitz educativa. Palestras sobre o tema.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Paulo Cesar Miranda, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Avaliação e acompanhamento insatisfatório do paciente que faz uso de benzodiazepínicos
operação (operações)	Levantamento de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos. Classificá-los entre uso necessário e indiscriminado. Fortalecer a relação médico-paciente. .
Projeto	Conhecendo Pacientes/acompanhamento.
resultados esperados	Fortalecimento da relação-médico paciente. Avaliação periódica dos pacientes em uso de benzodiazepínicos. Contratação de convenio com especialistas.
produtos esperados	Diminuição do processo de renovação/transcrição de receita de psicotrópicos. Correto desmame da medicação. Aumento da oferta de consultas em Saúde Mental.
recursos necessários	Organizacional: Mobilização da equipe para incluir na agenda o dia de atendimento de Saúde Mental. Cognitivo: comunicação adequada com o paciente.
viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Mobilização da equipe para incluir na agenda o dia de atendimento de Saúde Mental.
controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Coordenação da ATB (indiferente) Esclarecimento do tema
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico 6 meses
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Levantamento de dados, Revisão de Prontuário.

Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Paulo Cesar Miranda, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Processo de trabalho inadequado
operação (operações)	Reorganização do Processo de Trabalho. Programar reuniões quinzenais com toda equipe para discussão de casos, estabelecer metas, distribuir funções. Capacitação das agentes de saúde sobre o tema.
Projeto	Mesma língua/ Equipe unida
resultados esperados	Melhor abordagem e acompanhamento aos pacientes. Diminuir o número de pedidos para renovação de receitas.
produtos esperados	Com a capacitação da equipe todos podem estar aptos a informar sobre efeitos colaterais do uso crônico de benzodiazepínicos, não havendo contradições de informações e promover uma maior mobilização.
recursos necessários	Cognitivo: elaboração de fluxograma de atendimento. Organizacional: adequação ao fluxograma de atendimento. Político: articulação entre os setores de saúde e adesão da coordenação.
viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação entre os setores de saúde e adesão da coordenação
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Coordenação da ATB (indiferente) Validar importância de uma equipe que trabalha junto
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe da ESF+ coordenação da ATB 6 meses
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com toda equipe

Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Paulo Cesar Miranda, do município Alvarenga, estado de Minas Gerais

Nó crítico 5	Falta de comunicação intersetorial
operação (operações)	Encaminhamento aos especialistas: psiquiatras, terapeutas, psicólogos de acordo com a necessidade e obtenção de contrarreferência para efetivo acompanhamento
Projeto	Comunicar para melhor abordar (referência/contrarreferência)
resultados esperados	Envio das contrarreferências ao PSF para monetarização do paciente e das medicações em uso.
produtos esperados	Contrarreferência trazida pelo paciente a consulta agendada em PSF
recursos necessários	Organizacional: comunicação intersetorial e entre as especialidades. Político: adesão de profissionais. Cognitivo: comunicação entre profissionais.
viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: comunicação intersetorial e entre as especialidades. Político: adesão de profissionais. Cognitivo: comunicação entre profissionais
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médicos, Enfermeiras, terapeutas, psicólogos, NASF (favorável) Criar formulário de referência e contrarreferência.
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Coordenação da ATB + Médicos 1 mês
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Encaminhar o paciente no próprio formulário de referência e solicitar no retorno este para conferência da contrarreferência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise situacional constitui-se uma excelente ferramenta para levantamento e identificação problemas enfrentados pelos indivíduos de um local que está sendo avaliado, neste caso específico, faço referência à área de abrangência assistida pela ESF Urbano de Alvarenga. Neste Trabalho, foi selecionado como problema de maior relevância o uso indiscriminado e abusivo de benzodiazepínicos para se propor o plano de intervenção devido à alta prevalência do uso deste pelos moradores locais.

Os benzodiazepínicos são medicamentos com propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes, miorelaxantes usadas no tratamento de insônias, transtornos do humor e distúrbios psiquiátricos, mas o seu uso inadvertido, inapropriado ou por tempo prolongado pode trazer muitos malefícios a saúde, como déficits cognitivos, tolerância e dependência.

O plano de intervenção proposto tem como objetivo principal maior controle do uso dessas medicações, evitando uso indiscriminado, tempo terapêutico prolongado, buscando diminuir complicações através de ferramentas do processo de trabalho da ESF, campanhas e palestras de conscientização sobre os efeitos da classe de BZDs, abordagem interdisciplinar, reavaliação e reclassificação médica quanto a necessidade do uso periódica, melhor relação médico-paciente, substituição de BZDs por ISRS, estímulo a prática de atividades físicas e alimentação adequada melhorando de forma geral a qualidade de vida dos pacientes.

Informações claras de fontes seguras corroboram para criar no indivíduo o desejo de se ver mais independente dos efeitos do BZDs. Levar informações confiáveis, verdadeiras, desmistificadas para os grupos de pessoas mais vulneráveis ao uso desse tipo de medicamento, sobre o risco indiscriminado e dos riscos a saúde que tal prática pode oferecer é outro meio de atuação do PSF não ligado estritamente ao médico. Esses grupos são formados pela população adulta, população idosa e, em especial também, ao público feminino, grupos que são, estatisticamente, os que compõem a maior parcela de indivíduos que fazem o uso em abuso de benzodiazepínicos.

A ESF tem a capacidade de favorecer o controle do uso dos benzodiazepínicos através de modulação do processo de trabalho da equipe, da abordagem multiprofissional de uma equipe interdisciplinar, o médico individualmente deve racionalizar a indicação, reavaliar os pacientes que já fazem uso contínuo prolongado e que por vezes só renovam as receitas, estreitar e melhorar a relação médico-paciente e lançar mão de medicações como inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) como substitutos aos benzodiazepínicos ou como medicação eleita para desmame deste.

Este plano de intervenção deverá ser monitorado durante o seu desenvolvimento de acordo com as ações a serem desenvolvidas, e ao seu final, deverá ser avaliado quanto ao cumprimento dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/alvarenga_mg>. Acesso em: 03 Abr. 2020.

CHARNEY, D.S.; MIHIC, S.J.; HARRIS R.A. Hipnóticos e Sedativos. In: HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E.; GILMAN, G.A. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 10 Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005. pp. 303 -321.

BALDISSERA, F.; COLET, C.; MOREIRA, A. Uso Irracional de Benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 19, p. 112-116, 14 jun. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1489>>. Acesso em: 03 Abr. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alvarenga/panorama>>. Acesso em: 21Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 21 Abr. 2020.

CASTRO, G.L.G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *Revista Interdisciplinar*. V.6, n.1, p.112 – 123 jan. fev. mar. 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21/pdf_14>. Acesso em: 21Abr. 2020

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 21Abr. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 93p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

FEGADOLLI, C.; VARELA N.M.D.; CARLINI, E.L.A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública** vol.35 no.6 Rio de Janeiro 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007>. Acesso: 22 mar. 2020.

HUF, G.; LOPES, C.S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200000200006>. Acesso em: 15 Abr. 2020.

MENDES, C.M.M.; SOUSA, F.C.F.; CUNHA T.B.L. Benzodiazepínicos na Prescrição de Cardiologistas. **Revista Norte Nordeste de Cardiologia**; v.7, p. 4 -10, 2017; Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/nn/revista/pdf/revista_v7n3/04-original-benzodiazepinicos-v7n3.pdf>. Acesso em 15 Abr. 2020.

NUNES, B. S.; BASTOS, F.M. Efeitos Colaterais Atribuídos ao Uso Indevido e Prolongado de Benzodiazepínicos; **Saúde e Ciência em Ação - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**; v.3, n.1, p 71 – 82, 2016; Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xwp6GXGYIKcJ:www.revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaLCS/article/viewFile/234/177+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 21 Abr. 2020.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no município de São Paulo. **RevLatAm Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 896-902, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso: 10 Mar. 2020.

PALHARES H. et al. **Abuso e Dependência de benzodiazepínicos** [Internet]. São Carlo do Pinhal: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; 2013. Disponível em:

<https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2020.

POTIE, K. et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien*. Vol 64. Mai 2018. p. 339 – 351. Disponível em: <<https://www.cfp.ca/content/64/5/339>>. Acesso em: 10 Abr. 2020.

SILVA, V.P.; et al. Perfil Epidemiológico dos Usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde; **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**; n.5, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/546>>. Acesso: 21 Abr. 2020.

SILVA, E.G.; FERNANDES, D.R., TERRA JUNIOR, A.T. Uma Abordagem ao Uso Indiscriminado de Medicamentos Benzodiazepínicos; **Revista Científica FAEMA. Faculdade de Educação e Meio Ambiente**; v.9, n. Ed. Esp, p. 610 – 614, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.591>>. Acesso em 21 Abr 2020.

SOUZA, J. A. **Histórico do Município de Alvarenga**. 2013. Disponível em: <<https://www.webcitation.org/6OT1u5lQj>>. Acesso em: 03 Abr. 2020.

TELLES FILHO, P.C.P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300020>. Acesso em: 07 Abr. 2020.